

大学医病院

理想的には、手術は外科医系医、化学療法は腫瘍内科医という住み分けが望ましい。

しかし腫瘍内科医がすべての領域の化学療法をカバーすることが可能となると、現状では疑問が残る。全ての領域をカバー出来る腫瘍内科医の養成が可能になるまでは、外科医も化学療法を行う体制が必要と考える。

総合病院

将来的には、がん治療は臓器別になることが望ましい。

腫瘍内科医制度がすすめられているが、腫瘍内科医が全てのがんについて把握する知識をもつことは不可能である。

大都市のがん専門病院は別として、地方の一般病院でがんの化学療法を専門に行う内科医の勤務は事実上、不可能と考える。

地方がんセンター 副所長

本来化学療法は腫瘍内科医が行う事が望ましいが、将来になっても腫瘍内科医の増加が望めない現状においては手術症例は外科系でその他は内科系で行う選択肢しかないのでは。

腫瘍内科医の早急なる養成が望ましいが、現在の日本の医療体制では困難と思われます。

また、医療をとりまく現在の環境では医師が常に同国より監視されている状態にあり、危険を伴う化学療法専門医にどの程度の医師が魅力を持つかは疑問です。

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)
分担研究報告書

学会(日本癌治療学会)における効果的かつ効率的ながん専門医の育成 方法に関する研究

分担研究者 佐々木 常雄 東京都立駒込病院副院長

研究要旨 日本医学会からの提言を受け入れ、がん治療に関して認定医を新たに設け、専門医との2段階制とすることとなった。認定医においては全診療科における日常的がん治療水準の向上を目指し、その共通基盤となる臨床腫瘍学の知識、基本的技術に習熟し、医療倫理に基づいたがん治療を実践する優れた医師の養成を行うこととなった。

A. 研究目的

日本癌治療学会では全診療科におけるがん治療の共通基盤となる臨床腫瘍学の知識、技術に習熟し、生命倫理に配慮したがん治療に従事する優れた医師の養成を行い、もって本邦におけるがん診療の発展と進歩を促し、国民の福祉に貢献することを目的とした。

B. 研究方法

がん治療専門医制度委員会ではがん治療専門医の育成、教育をうける認定施設の条件、専門医までの業績、認定試験等を中心に検討された。しかし、他関連学会との連携、調整が問題となり、さらに関連学会連絡委員会を設置し、他関連学会との連携、調整を行うこととした。

(倫理面への配慮)

C. 研究結果

専門医制度委員会の資格審査委員会では暫定認定施設を承認し、専門医試験問題、教育カリキュラム、教育セミナー案等を検討した。しかし、その後7月、他関連学会との連携、調整を行った日本医学会からの提言を受けた。これを本学会理事会で受け入れることとし、がん治療専門医制度の名称を「専門医」ではなくがん治療「認定医」とすることとした。その結果、予定していた第43回総会開催時実施のがん治療専門医認定試験を延期することとなった。日本医学会の提言から、国民にわかりやすく実効的な制度の成立を目指し、各関連学会との調整を進め、がんに関して共通基盤的な幅広い知識、基本技術、生命倫理に配慮したがん治療に従事する優れた医師の養成を目指した新しいがん治療認定医制度を作ることとなった。つまり、がん治療認定医制に関する共通カリキュラムの作成を日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会の3学会が中心となって作成(必要に応じて他学会も

参加)し、その認定も3学会共通で行い、これらの事項に関する庶務的業務を日本癌治療学会が行うこととした。がん治療認定医の上に、がん薬物療法専門医(日本臨床腫瘍学会)、(がん)放射線治療専門医(日本放射線学会)、その他がん治療に関する専門医(その他のがん治療関連学会)をおき、がん治療に関して認定医と専門医の2段階制とすることとなった。

D. 考察

海外とは異なり、日本のがん医療は造血器腫瘍と放射線治療を行うがん以外は外科系の医師が中心となって行われてきた。しかし、がん治療における薬物療法は大きく進歩し、治療のかなりの部分を占めるようになった。そこで、外科医のみならず、がん治療の基盤となる臨床腫瘍学の知識、技術に習熟し、生命倫理に配慮したがん治療に従事する優れた医師を養成する必要があり専門医制度の発足となった。しかし、他学会との調整不足等などがあり、日本医学会の提言により、日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会の3学会が中心となって専門医ではなく、新しいがん治療認定医制度を作ることとなった。

E. 結論

国民にわかりやすく実効的な制度の成立を目指し、各関連学会との調整を進め、がんに関して基盤的な幅広い知識、技術を取得することを目指した新しいがん治療認定医制度を作る予定となった。認定医と専門医の2段階制によりすっきりした形の制度となった。

G. 研究発表

1. 論文発表

Kamisawa T, Tu Y, Ishiwata J, Krasawa K, Matsuda T, Sasaki T, Funata N, Tsuruta K, Okamoto A, Takahashi T. Thermo-Chemo-

Radiotherapy for Advanced Gallbladder
Carcinoma

Hepato-Gastroenterology 52:1005-1010, 2005

佐々木常雄, 化学療法時の注意点 副作用 各薬剤の副作用とdose limiting factorについて:臨床腫瘍内科学入門:永井書店, 大阪, 139-143, 2005

佐々木常雄, 胃癌治療ガイドライン:消化器疾患診療実践ガイド:文光堂, 東京, 833-836, 2005

佐々木常雄, 医療事故予防:スーパーローテート対応 ドクターズ・マニュアル:文光堂, 東京, 426-429, 2005

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

1. 特許取得
なし

学会(日本癌治療学会)における効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法に関する研究

分担研究者 前原 喜彦 九州大学大学院 消化器・総合外科 教授

研究要旨: 臨床腫瘍医の育成には卒前・卒後教育が重要であり、また、学会主導の専門医制度の確立が必須と考えられるが、現時点ではいずれも満足できる状況では無い。臨床腫瘍学講座を開設している大学は少なく、一般に臓器別の縦割り講義が中心で、がんを臓器横断的にみる腫瘍学の系統的教育がなされていないのが現状である。ハーバード大学における教育システムを参考にしながら、これまでのわが国における医学教育を振り返り、新しいわが国における臨床腫瘍学のあり方について考察したい。

A.研究目的

わが国の悪性腫瘍による死亡は死因の一位を占めており、今後もがんによる死亡者は増加の一途をたどり、2020年には、年間約45万人ががんで死亡すると推計されている。このことは、腫瘍医育成の重要性を意味している。厚生労働省は「第3次対がん10か年総合戦略」でようやく「がんの手術療法、化学療法、放射線療法などに通じた各分野の専門医が協力して診療に当たることができるよう、臨床腫瘍医などのがん専門医の育成を進める」と、専門医の養成に力を入れることを打ち出した。

臨床腫瘍医の育成には卒前・卒後教育が重要であり、また、学会主導の専門医制度の確立が必須と考えられるが、現時点ではいずれも満足できる状況では無い。臨床腫瘍学講座を開設している大学は少なく、一般に臓器別の縦割り講義が中心で、がんを臓器横断的にみる腫瘍学の系統的教育がなされていないのが現状である。従来型の医学教育は、大学の講座(診療科)単位で科目を分担低学年で講義、筆記試験、高学で臨床実習(主に見学型)

卒後研修で初めて患者さんの診療をめぐる医療チームに参加する方式であった。今後の教育システムについてハーバード大学における教育システムを参考として考察した。

B.研究方法

米国ハーバード大学における教育システムの現状を視察し、また、インターネット等を通じて資料を収集した。

C.研究結果

米国ハーバード大学における、がん専門医育成システムは以下のような特徴を有していた。

- 1.腫瘍の基礎と臨床に関する教育は、既存の講義の中で行われており、“臨床腫瘍学”の講義と臨床実習は選択科目である。
- 2.卒後教育のコースとして、Oncologistのコースが制度化されており、ResidentおよびFellowを経てBoard examinationに合格後、地位が得られ活動の場が与えられる。
- 3.診療科の枠を越え、臓器毎に診療チームが組織されている。Pathologist, Medical Oncologist, Radiation Oncologist, Surgeon, Psychiatrist, Biostatisticianなどが参画し、プロトコル、診断、治療方針が討論される。
- 4.がん治療においては、Medical Oncologistを中心にPathologist, Medical Oncologist, Radiation Oncologist, Surgeon, Psychiatrist, Biostatisticianが互いに協力しながら、個々の症例に対し適切な治療計画を立て、医療を実施している。
- 5.ハーバード大学関連病院において抗癌剤はMedical Oncologistのみが処方できる。
- 6.Clinical studyに携わるスタッフとしては、Chief investigator, Co-investigator, Research nurse, Data manager(Biostatistician)などがいる。それぞれ分業しながら効果的、効率的にstudyを進めるシステムが構築されている。
- 7.患者の人的サポートシステムとしては、Oncology nurse, Psychiatric nurse, Social worker, Ministerがおり、また、施設としてChapel, Education centerがあり、患者、家族を支援する

システムが構築されている。

日本国内では新しい教育方針として、新しい科目(生命倫理、安全管理など)や臓器別講義、基本的臨床技能教育を講座間で分担すること。診療実技の評価(OSCE)の採用。卒後研修=修了後は「一人で外来を担当できる(自分の限界を知り、適切な転送やコンサルテーションができる)」を目標としてプログラム開発が行われている。

D. 考察

米国との教育制度や医療システムの違いを考慮した上で、わが国の土壌に合い、また米国とも肩を並べうる腫瘍医を育成し、質の高い医療を充実させるためには、1.卒前、卒後教育における腫瘍学の学問体系の確立、2.腫瘍医の役割の明確化と診療体系の改善や、既存の専門医制度をも考慮した制度の改組、3.腫瘍医に対する社会的啓蒙の促進と政策的、財政的基盤の整備について、議論を重ねてゆく必要がある。

E. 結論

優れたがん専門医育成のためには、医学部卒業までに必要かつ十分な知識、技術、考え方、患者家族に接する態度、コミュニケーションスキル等を身につける必要がある。

G. 研究発表

1. 論文発表

1. 沖 英次、馬場秀夫、前原喜彦 癌化学療法の実際 臨床内科学入門 VIII 化学療法の実際 4 胃癌 金原出版 2005
2. Tokunaga E, Kataoka A, Kimura Y, Oki E, Mashino K, Nishida K, Koga T, Morita M, Kakeji Y, Baba H, Ohno S, Maehara Y. The association between Akt activation and resistance to hormone therapy in metastatic breast cancer. *Eur J Cancer*. 2006 in press
3. Tanoue K, Yasunaga T, Kobayashi E, Miyamoto S, Sakuma I, Dohi T, Konishi K, Yamaguchi S, Kinjo N, Takenaka K, Maehara Y, Hashizume Laparoscopic cholecystectomy using a newly developed laparoscope manipulator for 10 patients with cholelithiasis. *Surg Endosc*. 2005 Dec in press
4. Oda S, Zhao Y, Maehara Y. Microsatellite instability in gastrointestinal tract cancers: a brief update. *Surg Today*. 2005;35(12):1005-15.
5. 後 信, 徳永えり子, 沖 英次, 掛地吉弘, 馬場秀夫, 前原喜彦【化学放射線療法 現状とイメージングによる効果判定】固形癌における治療効果の評価方法 わが国の治験環境の変化と日本癌治療学会の取り組みについて *臨床外科*(0386-9857)60 巻 6 号 Page703-707(2005.06)
6. Tsujita E, Taketomi A, Gion T, Kuroda Y, Endo K, Watanabe A, Nakashima H, Aishima S, Kohnoe S, Maehara Y. Suppressed MKP-1 is an independent predictor of outcome in patients with hepatocellular carcinoma. *Oncology*. 2005;69(4):342-7.
7. Tanaka S, Shimada M, Shirabe K, Maehara S, Tsujita E, Taketomi A, Maehara Y. Surgical outcome of patients with hepatocellular carcinoma originating in the caudate lobe. *Am J Surg*. 2005 ;190:451-5.
8. Oki E, Tokunaga E, Nakamura T, Ueda N, Futatsugi M, Mashino K, Yamamoto M, Watanabe M, Ikebe M, Kakeji Y, Baba H, Maehara Y. Genetic mutual relationship between PTEN and p53 in gastric cancer. *Cancer Lett*. 2005 8;227:33-8.
9. Tokunaga E, Kimura Y, Oki E, Ueda N, Futatsugi M, Mashino K, Yamamoto M, Ikebe M, Kakeji Y, Baba H, Maehara Y. Akt is frequently activated in HER2/neu-positive breast cancers and associated with poor prognosis among hormone-treated patients. *Int J Cancer*. 2006 15;118:284-9.
10. Tanaka Y, Miyamoto S, Suzuki SO, Oki E, Yagi H, Sonoda K, Yamazaki A, Mizushima H, Maehara Y, Mekada E, Nakano H. Clinical significance of heparin-binding epidermal growth factor-like growth factor and a disintegrin and metalloprotease 17 expression in human ovarian cancer. *Clin Cancer Res*. 2005 1;11:4783-92.
11. Oki E, Baba H, Tokunaga E, Nakamura T, Ueda N, Futatsugi M, Mashino K, Yamamoto M, Ikebe M, Kakeji Y, Maehara Y. Akt phosphorylation associates with LOH of PTEN and leads to chemoresistance for gastric cancer. *Int J Cancer*. 2005 10;117(3):376-80.
12. Hagiwara T, Kono S, Yin G, Toyomura K, Nagano J, Mizoue T, Mibu R, Tanaka M, Kakeji Y, Maehara Y, Okamura T, Ikejiri K, Futami K, Yasunami Y, Maekawa T, Takenaka

K, Ichimiya H, Imaizumi N. Genetic polymorphism in cytochrome P450 7A1 and risk of colorectal cancer: the Fukuoka Colorectal Cancer Study. *Cancer Res.* 2005 1;65:2979–82.

13. Oda S, Maehara Y, Ikeda Y, Oki E, Egashira A, Okamura Y, Takahashi I, Kakeji Y, Sumiyoshi Y, Miyashita K, Yamada Y, Zhao Y, Hattori H, Taguchi K, Ikeuchi T, Tsuzuki T, Sekiguchi M, Karran P, Yoshida MA. Two modes of microsatellite instability in human cancer: differential connection of defective DNA mismatch repair to dinucleotide repeat instability. *Nucleic Acids Res.* 2005;33:1628–36.

2.学会発表 該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許予定

該当なし

2.実用新案登録

該当なし

3.その他

学会(日本癌治療学会)における効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法に関する研究

分担研究者 筧 善行 香川大学医学部泌尿器科学教授

研究要旨 日本泌尿器科学会腫瘍領域専門部会の構成員6名により1995年から2005年までに実施した日本泌尿器科学会主催の教育セミナーの内容を検討した。腫瘍関連の教育プログラムは全体の24%で、うち84%が各臓器別の診断や治療に関する内容で、臨床腫瘍学に関する基盤的内容はわずかに10%であった。2007年から2010年の教育プログラムでは、腫瘍関連の教育セミナーを全体の40%あまりに設定し、臨床腫瘍学に関する基盤的内容のセミナーも増加させることを提言した。

A. 研究目的

泌尿器系悪性腫瘍の診断・治療を専門とする医師に求められる臨床腫瘍学の基盤的知識・技量とは何かを明らかにし、卒後教育体系の中へどのように組み込むかを検討する。

B. 研究方法

1. 日本泌尿器科学会腫瘍領域専門部会の構成員6名により、1995年から2005年までに実施した卒後教育プログラムおよび生涯教育プログラムにおける、泌尿器腫瘍関連のテーマを分析し、問題点を抽出した。

2. ASCO/ESMOグローバルコアカリキュラムや臨床腫瘍学第3版(日本臨床腫瘍学会)を参考にし、泌尿器系悪性腫瘍の診断・治療を専門とする医師に求められる臨床腫瘍学の基盤的知識を抽出し、検討した。

(倫理面への配慮)

本研究においては、特段の倫理面への配慮は必要としなかった。

C. 研究結果

1. 日本泌尿器科学会卒後教育・生涯教育の問題点の解析

1995年から2005年までの教育プログラムでは、毎年12コースが開講し、このうち腫瘍関連のものは毎年1ないし4コース(平均3)であった。腫瘍関連の教育プログラム(総数31)の内容は、各臓器別の診断・治療に関するものが26コース(84%)と大変多く、臨床腫瘍学に関する基盤的内容はわずかに3コース(10%)であった。

つぎに、日本泌尿器科学会腫瘍領域専門部会の構成員6名により2007年から2010年の4年間でカバーすべき教育プログラムのテーマの抽出作業を行った。テーマはA) 泌尿器系各種癌の診断法、B) 同標準的治療法、C) 臨床腫瘍学の基礎知識の3つに分け、各々7、1、6テーマを選択した。また年間に必要なコース数を5と

し、臨床腫瘍学の基礎知識に関しては総会時に集中して開講するように配慮することを提言した。

2. がん治療を専門分野とする泌尿器科医師に求められる臨床腫瘍学の基盤的知識について

泌尿器科医にとって必要最低限の基盤的教育テーマとして、1) 泌尿器癌骨転移に対する治療、2) 化学療法の適正使用と副作用対策、3、4) 癌の生物統計学(基礎編と応用編)、5) 癌の臨床試験: 有効性と安全性の評価、6) がんの疼痛対策と腫瘍関連緊急時対策を選択した。これらのテーマは2007年からの4年間で2回以上開講することとした。

D. 考察

日本泌尿器科学会では卒後・生涯教育セミナーを1年4回(昨年末よりすべてのセミナーを1時期に1ヶ所で再度開講しているので実質5回)開催している。テーマの選定は各専門領域部会に任されているが、一貫性を保つために数年間のスパンで全体計画をたてて実施されている。専門領域が12あることから、腫瘍関連にわりあてられる講義単位数には限りがある。しかし、日本泌尿器科学会の認定基幹教育施設の入院病床では60%以上が癌患者で占められている事実からみて、極めて不足していると考えられた。

臨床腫瘍学の基盤的知識に関する教育は、日本泌尿器科学会の提供する教育プログラム(教育セミナー、総説ビデオ、機関誌での総説など)では不十分で、「がん治療認定医」機構の教育セミナー、日本癌治療学会や日本臨床腫瘍学会の教育セミナーなどを補完する位置づけになることは否めない。

E. 結論

外科系医師である泌尿器科医が、集学的治療の一環として全身的化学療法や終末期医療を併せて遂行する現状は当面続くと考えられる。泌尿器科がん治療の現

場でも極めて重要な、がん治療に関する基盤的項目の教育システムの提供ががん治療専門医の資格制度と平行して整備されることが望ましい。

G. 研究発表

1. 論文発表

1. 論文発表

寛 善行

特集「癌治療専門医制度を考える—国民により良いがん治療を提供するシステムについて」日本泌尿器科学会の立場から
癌の臨床 51:441-445, 2005

寛 善行

特集:臨床腫瘍学の現状と展望. V. がん薬物療法の実際 7. 泌尿器癌
Progress in Medicine 25 (8): 2101-2107, 2005

寛 善行

特集 EBMがもたらしたもの、めざすもの、「EBMは臨床現場を変えることができたか」泌尿器科領域
EBMジャーナル 7(1): 154-159, 2005

竹上 未紗, 鈴嶋 よしみ, Martin G. Sanda, 賀本 敏行, 並木 俊一, 荒井 陽一, 小川 修, 福原 俊一, 寛 善行

Expanded Postate Cancer Index Composite(EPIC)
日本語版の開発:翻訳と文化的適合
日本泌尿器科学会雑誌 96(7): 657-669, 2005

2. 学会発表

寛 善行

「併用抗がん剤適応追加までの経緯とがん治療専門医(認定医)制度に関する最新情報」
日本泌尿器科学会M-VACおよびBEP療法の教育セミナー—2005年12月18日(大阪市)

寛 善行

教育講演

「限局性前立腺癌治療におけるQOL評価の意義」
第1回泌尿器腫瘍放射線研究会2005年10月23日
(名古屋市)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

学会(日本臨床腫瘍学会)における効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法に関する研究

分担研究者 福岡正博 近畿大学医学部教授

研究要旨:日本臨床腫瘍学会では、がんの薬物療法に精通した専門医(がん薬物療法専門医)を育成することを目的とし専門医制度を発足させた。本年度は、第1回の専門医認定試験を実施した。認定には、症例要約の審査、筆記試験、口頭試験が行われ、52名の申請者のうち47名が合格した(合格率90.4%)。さらに、暫定指導医355名、認定研修施設 131施設を認定した。専門医を目指す医師を対象に教育セミナーを2回開催し、グローバル・コア・カリキュラムに基づいた研修カリキュラムを完成した。

A. 研究目的

がん患者が最良の治療を受けることができるためには、がん治療に精通した専門医を育成することが最も重要である。わが国においては、これまでがんの薬物療法の専門医(Medical Oncologist)は存在していなかったため、外科医が主体になって抗がん剤の治療を担ってきた。そこで、日本臨床腫瘍学会ではがん薬物療法の専門医制度を発足し専門医を育成することとした。

B. 研究方法

専門医制度規則において専門医、指導医の要件、研修施設の認定規準を設定し、指導医(暫定)、研修施設の認定を行い、本年度は専門医の申請を受け、第1回の認定試験を実施した。認定に当たっては、30例(3領域のがん種・3例以上、1がん種20例以下)の症例概要の内容審査を行い、筆記試験と口頭試験を実施した。

さらに専門医を目指す者への教育セミナーを実施し、本年度は研修カリキュラムを完成することとした。

(倫理面への配慮)

専門医を目指す医師を対象とした教育セミナーにおいて、がん医療における倫理、インフォームド・コンセント(IC)、緩和医療の重要性に関して十分な教育を実施し、専門医の認定試験においては患者に対するIC、がん医療における倫理面の配慮を問うこととした。

C. 研究結果

平成17年度の暫定指導医には402名の申請があり、355名を認定した。15年度以来3年間の暫定指導医は1483名となった。認定研修施設には申請のあった131施設、全てが認定され、2年間で241施設となり、ほぼ全ての都道府県に認定研修施設が認定されることとなった。専門医の申請には5年のがん診療経験のうち2年間は認定研修施設で所定のカリキュラムに則った研修を受けなければならない。本年度は55名の申請があったが、認定研修施設以外からの申請者3名があり52名が対象となった。症例概要の審査で2名が不合格となり、50名が試験を受け、口答試験で3名が不合格となり、47名が合格した(合格率は90.4%)。研修カリキュラムは、2004年12月に発表された欧州腫瘍内科学会(ESMO)と米国臨床腫瘍学会(ASCO)のRecommendation for a Global Core Curriculum in

Medical Oncologyに基づいて作成した。また、専門医申請者のための教育セミナーは年2回(総論、各論をAセッション、Bセッションに分けて3日間)実施したところ、それぞれ480名、720名が参加した。

D. 考察

本年度は、第1回の専門医認定試験が実施され、47名の専門医が誕生したことは、わが国におけるがん医療にとって画期的な出来事となった。本専門医の条件は極めて厳しいものであり、試験内容も広範囲で高度なものが要求されていることから、本年度の合格者は47名と少なかったが、次第に増加していくものと思われ、最終的には4000人程度は必要と考えている。暫定指導医は、10年後には資格を喪失するにもかかわらず1400名をこえて認定されている。一方、認定研修施設は、昨年度は110施設、本年度は131施設が認定され、合計241施設の認定研修施設となり、ほぼ全ての都道府県に研修施設が認定されることとなった。しかし、認定施設の条件のなかで、現在、研修カリキュラムに基づく研修が実施されている施設、院内がん登録、緩和ケア体制が実施されているところは極めて少なく、次年度からの申請時、および5年後の更新時には必須となることから、将来的には全国で約200の研修施設が認定されることになるものと予測している。研修カリキュラムに関しては、ESMO/ASCOのGlobal Core Curriculumに基づいて作成したので、世界共通のものとなった。今後は、各研修施設でいかにこのカリキュラムに基づいた研修が実行されるかが重要な課題となる。教育セミナーには、Aセッション、Bセッションともに多数の参加者があり、専門医だけでなく、臨床腫瘍学への関心の高いことが窺われた。

E. 結論

わが国における臨床腫瘍医、特にがん薬物療法の専門医の育成は急務である。日本臨床腫瘍学会および本研究班の役割は極めて重要である。2003年から発足した臨床腫瘍医専門医制度も3年目を迎え、本年は第1回の専門医認定試験を実施した。55名の申請者のうち53名が条件を満たした47名が認定試験に合格した。わが国においてもようやくMedical Oncologyが開始され、高度ながん医療の均てん化に向けて出発したことになる。今後の発展が期待される。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Kudoh S, Nakamura S, Nakano T, Komuta K, Isobe T, Katakami N, Fukuda Y, Takada Y, Takada M, Fukuoka M, Ariyoshi Y. Irinotecan and etoposide for previously untreated extensive-disease small cell lung cancer: A phase II trial of West Japan Thoracic Oncology Group. *Lung Cancer* 2005; 49: 263-269.
2. Matsui K, Hirashima T, Nitta T, Kobayashi M, Ogata Y, Furukawa M, Kudoh S, Yoshimura N, Mukohara T, Yamauchi S, Shiraishi S, Kamoi H, Negoro S, Takeda K, Nakagawa K, Takada M, Yana T, Fukuoka M. A phase I/II study comparing regimen schedules of gemcitabine and docetaxel in Japanese patients with stage IIIB/IV non-small cell lung cancer. *Jpn J Clin Oncol* 2005; 35: 181-187.
3. Ohe Y, Negoro S, Matsui K, Nakagawa K, Sugiura T, Takada Y, Nishiwaki Y, Yokota S, Kawahara M, Saijo N, Fukuoka M, Ariyoshi Y. Phase I-II study of amrubicin and cisplatin in previously untreated patients with extensive-stage small-cell lung cancer. *Ann Oncol* 2005; 16: 430-436.
4. Sugiura T, Ariyoshi Y, Negoro S, Nakamura S, Ikegami H, Takada M, Yana T, Fukuoka M. Phase I/II study of amrubicin, a novel 9-aminoanthracycline, in patients with advanced non-small-cell lung cancer. *Invest New Drugs* 2005; 23: 331-337.
5. Yoshimura N, Kudoh S, Kimura T, Mitsuoka S, Matsuura K, Hirata K, Matsui K, Negoro S, Nakagawa K, Fukuoka M. EKB-569, a new irreversible epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor, with clinical activity in patients with non-small cell lung cancer with acquired resistance to gefitinib. *Lung Cancer* 2005; 51: 363-368.
6. Yonesaka K, Tamura K, Kurata T, Satoh T, Ikeda M, Fukuoka M, Nakagawa K. Small interfering RNA targeting survivin sensitizes lung cancer cell with mutant p53 to adriamycin. *Int J Cancer* 2006; 812-820.
7. Tamura K. and Fukuoka M. Gefitinib in non-small cell lung cancer. *Expert Opin Pharmacother* 6(6): 985-993. 2005
8. Yamamoto N, Tsurutani J, Yoshimura N, Asai G, Moriyama A, Nakagawa K, Kudou S, Takada M, Minato Y, Fukuoka M. Phase II study of weekly paclitaxel for Relapsed and refractory small cell lung cancer. *Anticancer Res* 2006 in press.
9. Okamoto I, Araki J, Suto R, Shimada M, Nakagawa K, Fukuoka M. EGFR mutation in gefitinib-responsive small-cell lung cancer. *Ann Oncol* 2006 in press.

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)
分担研究報告書

学会(日本臨床腫瘍学会)における効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法に関する研究

分担研究者 西條 長宏 国立がんセンター東病院 副院長

研究要旨 臨床腫瘍学が独立した学問体系として認知されない状況下において約4,300名の会員からなるNPO法人日本臨床腫瘍学会がベースとして効果的かつ効率的ながん専門医の養成を具体化してきた。2005年度がん薬物療法専門医として52名応募があり、47名が筆記+口頭試問の試験に合格した。

A. 研究目的

臨床腫瘍学を高度習熟したがん薬物療法専門医を教育し認定する。まず、がん薬物療法専門医として認定されることのインセンティブを高める仕掛けが必要である。臨床腫瘍学を学ぶこと自身がインセンティブとなるような学会運営および教育セミナーを企画する。

導医の認定も3年目に入り延べ約250施設、約1,500名が認定されている。セミナーのテキストはDVD

化して誰もがいつでも勉強できるようになっている。更に教科書は現在改訂中であり、2006年に刊行される。11月19日、20日に専門医認定試験を行った。

B. 研究方法

米国においては約9,000名のmedical oncologistが存在する。人口比率からわが国では約3,000名が必要と思われる。学会会員に占める専門医の比率が50%前後と考へ6,000~7,000名の会員が必要になる。専門医認定には、コア教育カリキュラムの作成、カリキュラムに基づく教育セミナー、教科書の刊行、教育研修施設の認定、暫定指導医の認定、組織の法人化、専門医認定機構への加入等が必要である。これらの必要条件を整備する。その上で実際の認定試験を実施する。

(倫理面への配慮)

C. 研究結果

NPO法人日本臨床腫瘍学会の会員数は4,300名以上となった。1か月に1,000~1,500名増である。目標のクリアーは数年間で可能と思える。ASCO/ESMOのGlobal Core Curriculumの日本語訳を作成、ASCO、ESMOの承認をうけた。現在両学会およびJSMOホームページに掲載されている。教育セミナーは毎回500~800名の聴講者を集め、年2回施行。今年度はBest of ASCOも行い好評であった。NPO法人化は4月に具体化され、10月には専門医認定医機構へも加盟した。教育研修施設、暫定指

D. 考察 E. 結論

専門医認定に必要な過程をステップバイステップに具体化することによって専門医認定試験の可能な環境づくりを行った。今年度は52名が受験し47名が合格したが来年度以降は条件を満足する医師が増加すると期待される。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Sekine I, Saijo N. Cancer chemotherapy-overview on the clinical impact of polymorphisms in metabolizing enzymes. Encyclopedia of Diagnostic Genomics and Proteomics 1: 189-193, 2005
- 2) Ohe Y, Negoro S, Matsui K, Nakagawa K, Sugiura T, Takada Y, Nishiwaki Y, Yokota S, Kawahara M, Saijo N, Fukuoka M, Ariyoshi Y. Phase I-II study of amrubicin and cisplatin in previously untreated patients with extensive-stage small-cell lung cancer. Ann Oncol 16(3): 430-436, 2005
- 3) Saijo N. EGFR-TKI therapy for NSCLC in

- | | |
|---|-----------------|
| 4) <u>Saijo, N.</u> Recent trend of ASCO. Oncology Insight (Congress Report of ASCO 41st) 20, 2005 | 1. 特許取得
なし |
| 5) Horiike A, <u>Saijo N.</u> Small-cell lung cancer: current therapy and novel agents. Oncology 19(1): 47-58, 2005 | 2. 実用新案登録
なし |
| 6) Atagi S, Kawahara M, Tamura T, Noda K, Watanabe K, Yokoyama A, Sugiura T, Senba H, Ishikura S, Ikeda H, Ishizuka N, <u>Saijo, N.</u> Standard thoracic radiotherapy with or without concurrent daily low-dose carboplatin in elderly patients with locally advanced non-small cell lung cancer: a phase III trial of the Japan Clinical Oncology Group (JCOG9812). Jpn J Clin Oncol 35(4): 195-201, 2005 | 3. その他
なし |
| 7) Koyano S, Saito Y, Fukushima-Uesaka H, Ishida S, Ozawa S, Kamatani N, Minami H, Ohtsu A, Hamaguchi T, Shirao K, Yoshida T, <u>Saijo N.</u> Jinno H, Sawada, J. Functional analysis of six human aryl hydrocarbon receptor variants in a Japanese population. Drug Metab Dispos 33(8): 1254-1260, 2005 | |
| 8) <u>Saijo N.</u> , Nimura Y. Summary of the ASCO-JSCO joint symposium. Int J Clin Oncol 10(3): 153-156, 2005 | |
| 9) <u>Saijo N.</u> What phase III trials are needed to improve the treatment of advanced non-small-cell lung cancer? Nat Clin Pract Oncol 2(6): 275, 2005 | |
| 10) <u>Saijo N.</u> Is radiotherapy optimally combined with chemotherapy in elderly patients with limited-stage small-cell lung cancer? Nat Clin Pract Oncol 2(11): 550-551, 2005 | |
| 11) Kiura K, <u>Saijo, N.</u> Can dose-dense chemotherapy improve outcome in patients with better-prognosis small-cell lung cancer? Nat Clin Pract Oncol 2(12): 610-611, 2005 | |

がん専門病院における効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法に関する研究

分担研究者 土屋 了介 国立がんセンター中央病院副院長

研究要旨 国立がんセンター中央病院のレジデント制度およびがん専門修練医制度はがん関連学会の提唱するがん治療認定医や外科系の専門医を取得する最も効果的かつ効率的な制度であることが明らかとなった。

A. 研究目的

がん関連三学会と全国がんセンター協議会の提唱する「がん治療認定医」ならびに日本臨床腫瘍学会が設立した「がん薬物療法専門医」さらには、外科系のsub-specialの専門医資格を取得させ、効果的かつ効率的にがん専門医を育成するかを明らかにする。

B. 研究方法

「がん治療認定医」制度、「がん薬物療法専門医」制度および外科系のsub-specialの専門医制度の内容を検討し、国立がんセンター中央病院および他の全がん協施設での教育制度との整合性を明らかにし、効果的かつ効率的なレジデント制度ならびにがん専門医制度の内容を明確にする。

C. 研究結果

国立がんセンター中央病院においては昭和44年より3年制のレジデント制度が導入され、その後、2年制のがん専門修練医が導入された。現在、レジデントは一学年30名、3学年合計90名、がん専門修練医は一学年20名、2学年合計40名、合計130名の定員での教育体制となっている。

全がん協の他の施設は、設立母体が都道府県であるので、施設によるさもあるが、レジデント制度を持つ場合には、原則として、卒後臨床研修修了者を対象に3年制レジデント制度としている。国立の地方がんセンターも同様である。

地方がんセンターのレジデントは単科での採用が多いが、国立がんセンター中央病院では、所属を病院長直属とし、各科の配属とはしていない。したがって、委員会で定めたカリキュラムに沿って、希望するコースの目的を達成するのに必要な各科をローテーションして、幅広

い研修をすることになっている。しかしながら、がん専門病院であるので、当然のことながら良性疾患の研修は全くできない。したがって、応募条件は臨床研修終了後であり、医学部卒業後2年の臨床経験で応募できるが、実際には、応募時点で、内科認定医あるいは専門医、外科専門医など基幹の専門医を取得可能な良性疾患の症例数を経験してから応募するように注意を喚起している。基幹の専門医を取得できないと、その後の「がん薬物療法専門医」や、外科のいわゆるsub-specialの専門医を取得できないので、一切の専門医の取得が不可能になってしまうからである。

国立がんセンター以外の地域がんセンターでは、周囲の総合病院等と連携し良性疾患の経験も可能にし、内科認定医や外科専門医が取得できるようにしている。しかし、悪性疾患の症例数が国立がんセンターに比較して少ないので、3年制のレジデント終了時には内科専門医や外科専門医の取得は困難である。

がん関連学会である、日本癌治療学会・日本臨床腫瘍学会・日本癌学会および全がん協で協議し「がん治療認定医」制度が創設されることになった。これは、日本癌治療学会と日本臨床腫瘍学会とがそれぞれ「がん治療専門医」制度を提案したことから生じた混乱を解消すべく、全がん協と日本医学会とが調整に入り、日本臨床腫瘍学会が関与する専門医は、がんの薬物療法の専門家を認定するのが目的であるので、名称を「がん薬物療法専門医」とすることになった。また、日本癌治療学会の唱える「がん治療専門医」は、がんに関する基本的な知識を持ち、標準的な薬物療法の実施が可能である能力を身に着けた、内科・外科・放射線科等の専門医を目指す医師が対象となるものであることより、「がん薬物療法専門医」の含めた各専門医に対し、がん治療の基幹的な認定医として「がん治療認定医」と呼ぶこと

になった。各専門医制度と「がん治療認定医」制度との関係は図のようになる。

D. 考察

いわゆる「がん専門医」とは、「がん治療認定医」を共通基盤とした、「がん薬物療法専門医」、および、外科系のsub-specialの専門医であると考えられるので、3年制のレジデントにおいてはいかに効率的に幅広く多くの分野の研修ができるかであり、効率よく目的を達成するためには、関連各科をローテーションすることであり、しかも、各科の経験症例数が充分良合うことが必須である。したがって、各年次での採用数は症例数に見合ったレジデント数を割り出して決定することが必須である。現時点では、各年次の定員は30名で、外科(6科:食道、呼吸器、乳腺、胃、肝胆膵、大腸)は12名まで、内科も12名まで、他の各単科は2名までが、効率的で効果的な研修の条件といえる。がん専門修練医では、各科とも1名とすることが必須である。

E. 結論

「がん治療認定医」制度は3学会と全がん協の4団体によって設立される「がん治療認定医認定機構」によって運営されることになり、現在、ワーキンググループで準備中である。今後、3年制のレジデントは各科の専門教育をしながら、この「がん治療認定医」を取得できるカリキュラムを用意することになり、その後の、がん専門修練医は、「がん薬物療法専門医」や外科系のsub-specialの専門医をめざすカリキュラムを用意することになる。

F. 健康危険情報

特に問題なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Tsuboi M, Tsuchiya R.

Gefitinib in the adjuvant setting:safety results from a phase III study in patients with completely resected non-small cell lung cancer.

Anti Cancer Drugs 16: 1123-1128, 2005

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

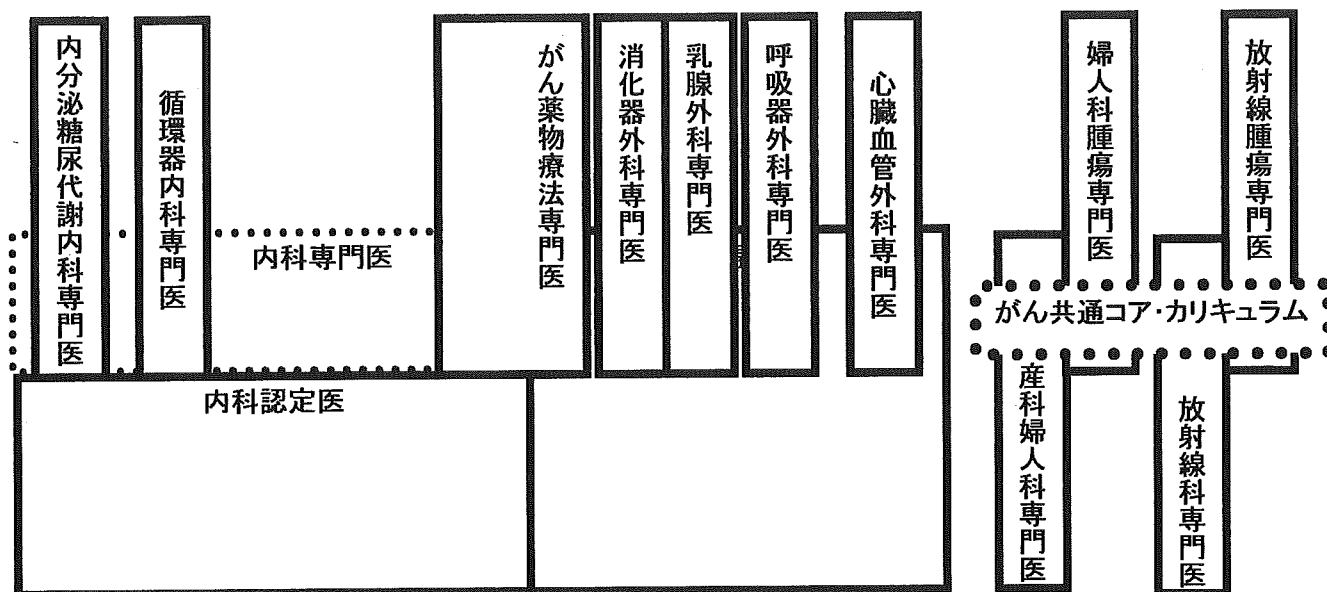
なし

3. その他

なし

がん治療認定医制度の提案

2005・6・28



共通コア・カリキュラムについて、関連学会で調整する

関連学会：日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本外科学会、
日本胸部外科学会、日本消化器外科学会、日本乳癌学会、等々

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)
分担研究報告書

がん専門病院における効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法に関する研究

分担研究者 片井 均 国立がんセンター・医長

研究要旨 がん専門医の普及を目指し、腫瘍外科(系)医育成技術教育プログラムの作成を開始した。技術教育は、経験を積んだ外科からの直接指導により行われているが、修練期間に十分な数の患者を経験するのは困難である。さらに、初期臨床研修が導入され、修練期間は先送りとなった。動物実験などでの研修を行うべきだが、実験施設は少ない。仮想現実などを含む映像を利用した訓練システムの構築が先ず必要である。また、大規模動物実験施設をもつ大学、企業の協力の元での動物を利用した手術指導の普及も大切である。

A. 研究目的

がん専門医はがん診療に必須だが、患者あたりの数は不十分である。腫瘍外科医を称する外科医の数は多いが、必ずしも臨床腫瘍学に対する十分な知識を持ち合わせているわけではない。また、手術技術水準も腫瘍外科手術を行うには満足でない医師も多い。

専門医の育成はがん診療技術の向上に必須であるが、多くのがん専門病院においても体系的な研修プログラムは確立されていないのが現状である。本研究の目的は、専門医育成の教育システムの構築である。そのためには、精選された内容を重点的に履修させるカリキュラムの確立が必要となる。教育モデル・カリキュラムを導入し、従来の制度と整合性をはかりつつ改訂していけば、質の高いがん診療技術をもった医師の数が増え、国民に質の高いがん医療の提供が可能となる。

B. 研究方法

1. 教育コアカリキュラムの作成

- 1) 厚生労働省科学研究費補助金(効果的医療技術の確立推進、研究事業)「質の高いがん医療の普及のための診療技術の向上に資する教育カリキュラム及び教育マニュアルの在り方に関する研究」(課題番号:H15-効果(がん)-002;主任研究者:国立がんセンター中央病院外科 片井 均)で研究者らが作成した教育カリキュラムガイドライン(がん治療総論)を普及する。
- 2) 外科領域について、到達目標を示した教育コアカリキュラム・ガイドライン(案)を作成する。
- 3) 技術教育の現状の把握
- 4) ガイドラインの技術部分の到達目標を達成するための技術教育プログラムを作成する。

(倫理面への配慮)

本研究は直接診療にかかわる研究でないため、研究

施行に対する倫理面の問題はない。本研究は、むしろがん診療の上での倫理的な問題をも包括する教育カリキュラムを考えるものである。

C. 研究結果

厚生労働省科学研究費補助金「質の高いがん医療の普及のための診療技術の向上に資する教育カリキュラム及び教育マニュアルの在り方に関する研究」(主任研究者:国立がんセンター中央病院外科 片井 均)で研究者らが作成した教育カリキュラムガイドラインを、一般に利用しやすいようにまとめ直し、単行本(片井 均 編:がん診療ガイドラインーがん診療に携わるすべての医師の到達目標ー、メヂカルフレンド社、2005)として発刊した。

技術教育は、直接指導システムが行われているが、短期間で十分な指導は困難であることが判明した。短期間で反復教育が行えるシステムの構築が必須であることがわかった。

研究者の専門分野である胃外科の技術指導のため、指導DVDを作成した。大規模動物実験施設での動物をもちいた技術教育コースの立ち上げを開始した。

D. 考察

外科(系)教育カリキュラムの到達目標の選定は、容易である。しかしながら、到達目標を達成するための技術指導は、個々の技術に応じた指導が必要であるが、がん専門医からの直接指導の機会は少ない。映像、動物実習などによる反復可能な教育システムの構築が必要である。

E. 結論

外科(系)教育カリキュラムは、技術指導が必須であり、研究者が開始した映像の提供、大規模動物実験施設での技術教育コースの普及が必要である。

G. 研究発表

1. 論文発表
該当なし

2. 学会発表
該当なし

がん専門病院における効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法に関する研究

分担研究者 石倉 聡 国立がんセンター東病院医師

研究要旨:臨床試験における放射線治療の品質管理・品質保証プログラムが、がん専門医およびがん診療の質の向上に寄与していることが確認された。今後、がん診療連携拠点病院とといったがん治療の中心的施設の臨床試験への参加を通して均てん化と専門医の教育をはかるとともに、代表的な疾患については放射線治療の品質管理・品質保証プログラムと同様の仕組みを用いたhands-on trainingプログラムを構築することが必要であると思われる。

A. 研究目的

がん専門医の絶対数は不足しており、殊にがん薬物療法の専門医および放射線治療の専門医の不足が深刻である。「第3次対がん10か年総合戦略」において、我が国の死亡原因の第1位であるがんの研究、予防及び医療を総合的に推進し、がんの罹患率と死亡率の激減を目指してがん対策を強力に推進するうえで、根拠に基づく医療の推進、一般診療への浸透を図るためにもがん専門医の育成は緊急の課題である。本研究では、がん専門病院における効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法を確立することを目的とする。

専門医の効果的・効率的な育成は、専門医・認定医制度におけるカリキュラムの設定のみならず、いかに実践的かつ標準的治療に関する研修の機会を設けられるかにかかっている。特に、必ずしも標準化が進んでいない放射線治療の分野においては、技術的側面を含めた標準的治療法の均てん化を同時に推進することが必須である。これにより質の高いがん専門医が数多く育成され、我が国におけるがん診療の質の向上およびがん死亡率が低下することが期待される。

B. 研究方法

近年、日本臨床腫瘍研究グループ(JCOG)では、放射線治療を含む臨床試験において放射線治療に関する品質管理・品質保証プログラムを積極的に導入している。そこではindividual case reviewという症例毎の治療内容確認と、各施設担当医へのフィードバックを行っている。このプログラムにはhands-on trainingの側面があり、教育的効果のみならず一般診療における放射線治療の標準化にもつながり、効果的かつ効率的な方法と考えられる。

本研究では、がん治療の臨床試験における放射線治療の品質管理・品質保証プログラムが、一般診療に与える教育的効果を検討する。

(倫理面への配慮)

本研究に関係するすべての研究者はヘルシンキ宣言

や米国ベルモントレポート等の国際的倫理原則に従って実施し、患者の安全と人権を損なわない範囲で本研究計画を遵守する。

C. 研究結果

JCOG臨床試験における放射線治療のプロトコール規定遵守率を経時的に見てみると、2002年9月～2003年8月:76%、2003年9月～2004年8月:92%、2004年9月～2005年8月:97%となっており、JCOG放射線治療品質管理・品質保証プログラムの開始後3年間で劇的な改善が認められ、最近開始された臨床試験では開始当初より放射線治療のプロトコール規定遵守率は95%以上であった。また品質管理・品質保証プログラムを通して、各参加施設における一般診療の実態・問題点が明らかとなった場合には、その改善が図られ、本プログラムが、がん専門医およびがん診療の質の向上に寄与していることが確認された。

D. 考察

臨床試験における放射線治療の品質管理・品質保証プログラムにより一般診療の治療水準が改善することは、欧州のEuropean Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)や米国のRadiation Therapy Oncology Group (RTOG)の報告でも示されており、注目に値する。今後根拠に基づく新治療の開発において臨床試験の重要性はますます大きくなると思われるが、あわせてがん専門医・がん診療の質の向上につながる放射線治療の品質管理・品質保証プログラムの実施は、効率的かつ効果的で、今後推進する必要があると考えられる。

E. 結論

今後、がん診療連携拠点病院とといったがん治療の中心的施設の臨床試験への参加を通して均てん化とがん専門医の教育をはかるとともに、代表的な疾患については放射線治療の品質管理・品質保証プログラムと

同様の仕組みを用いたhands-on trainingプログラムを構築することが必要であると思われる。

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Atagi S, Kawahara M, Tamura T, Noda K, Watanabe K, Yokoyama A, Sugiura T, Senba H, Ishikura S, Ikeda H, Ishizuka N, Saijo N. Standard thoracic radiotherapy with or without concurrent daily low-dose carboplatin in elderly patients with locally advanced non-small cell lung cancer: a phase III trial of the Japan Clinical Oncology Group (JCOG9812). *Jpn J Clin Oncol* 35:195-201, 2005

2. 学会発表

Ishikura S. Radiotherapy quality assurance in multicenter clinical trials in Japan. The fourth Japan-USA Cancer Treatment Symposium (JUCTS), May 2005, Maui

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)
分担研究報告書

大学における効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法に関する研究

分担研究者 木澤 義之 筑波大学大学院人間総合科学研究科 講師

研究要旨 本研究により、米国臨床腫瘍学会が運営するEPEC-O (Education for Palliative and End-of-Life care-Oncology) の翻訳と修正が行われ、腫瘍医及に対する緩和ケア教育プログラムが開発された。また、開発されたプログラムを使用して日本で初めて腫瘍医に対して組織的な緩和ケア教育プログラム(EPEC-O)が開催された。

A. 研究目的

わが国においてがん専門医の育成は十分に行われておらず、特に腫瘍内科医の不足により国民にとって様々な弊害が生まれている。その中でも、緩和医療に関してはその提供が十分でない。近年ホスピス・緩和ケア病棟の増加はみられるものの、2002年の統計によれば、全がん死の3.6%をカバーしているにすぎず、ほとんどの死は在宅か一般病棟でおきている。日本におけるがん医療の質の向上と国民のよりよい緩和医療、終末期医療のあり方を考えると、腫瘍内科医をはじめとしたがん医療を提供するすべての医師に、一般病棟における緩和医療の施行、急性期医療から緩和医療への移行などを円滑に行うことができる医師の育成が必須である。このような状況に鑑み、われわれは以下の2点を目的として研究を行う。

- (1) 大学における効率的、かつ効果的ながん専門医の育成、とくに卒直後医師等に対するよりよい緩和医療教育のあり方を探索する。
- (2) 卒後臨床教育における緩和医療教育の具体的なカリキュラムと教育資料を開発する。具体的には米国臨床腫瘍学会の運営するEPEC-O (Education for Palliative and End-of-Life care-Oncology) の翻訳を行うとともに、わが国の腫瘍学の現状及び文化的背景にあわせて改訂するとともに、昨年度の研究で得られた緩和医療教育カリキュラムに準拠するよう修正を行う。
- (3) 上記のプロセスを経て卒直後の医師とがん医療を実践する医師を対象とした2日間の短期集中型緩和医療教育プログラムを開発する。

B. 研究方法

- (1) 研究者及び研究協力者等によりEPEC-Oの日本語版翻訳を行う
- (2) 上記文書を研究者及び研究協力者等により修正、改訂する。
- (3) EPEC-Oに準拠したトリガービデオを作成する
- (4) 12月上旬に上記内容に基づいた教育セミナーをエンドユーザー(日本緩和医療学会会員等)に対して

行い、意見を集約し改訂を行う

(倫理面での配慮)

本研究は、医療従事者に対して行われるものであり、個人情報等を扱うものではないため特に倫理面の配慮は必要ないと考えられる。

C. 研究結果

1. 緩和ケア教育プログラムの開発

2005年に米国で開発されたEPEC-Oプログラムの日本語訳を行うとともに、その内容を日本の実情に合うように改編した。また、研究者の討議と日本緩和医療学会教育研修委員会での討議、厚生労働科学研究大江班との共同作業によりプログラムの内容を吟味し、1泊2日の教育プログラムを開発した。

2. EPEC-Oコミュニケーション教育プログラムの開発

病名告知および病状の説明、予後の説明、目標の共有などに関するコミュニケーション教育プログラムの開発を行った。EPECのビデオは言語の障壁の問題および社会文化的背景の違いから流用することは不可能と判断し、日本の現状に合わせたシナリオを作成。トリガービデオの作成とプログラムの開発を行った。

3. 教育セミナーの実践

平成17年12月10,11日に日本青年館(東京)において日本緩和医療学会の協力を得て、EPEC-Oセミナーの実施を行った。その概要を下記に示す。

期 日 : 2005年12月10日 8:30~19:00、
12月11日8:30~12:30

場 所 : 日本青年館

参加人数: 69名(参加者50名うち医師40名、スタッフ12名、教育研修委員7名)

4. 教育プログラムの改編

参加者アンケートの結果および研究者、研究協力者間での討議によりプログラム内容の改編を行った。(現在も随時進行中である)

D. 考察